

# 「正常」と「異常」の集団的医療社会学再考

——犠牲者非難イデオロギー vs 代理苦理論——

村 岡 潔

## 〔抄 録〕

本稿は、「正常」と「異常」について、「犠牲者非難イデオロギー」と「代理苦理論」という集団的概念を元に医療社会学的な再考を試みるものである。本稿の第Ⅰ節では、医学の原理上、集団的レベルに基づいて《病者》かどうかを判定するシステムの特性について議論し、第Ⅱ節では、《病者》を集団とは無関係な個別的視点から見る医療思想の立場の代表例として「犠牲者非難イデオロギー **victim blaming ideology**」を採り上げる。この医療社会学的用語は、元来、ある人が生活習慣病に罹ったのはその人のライフスタイルが不摂生だったからだとして患者本人に病気の責任を求めるような考え方をいう。本稿では、それをさらに広義に解釈し、病気や障害全般において、社会が《病者》に対していただく否定的イメージの総体を含むものとする。ついで第Ⅲ節では、「犠牲者非難イデオロギー」の対抗理論として利他主義的な代理苦理論を展開する。最終節では、代理苦理論における《病者》と健常者間での互酬性について考察する。

キーワード：正常と異常，犠牲者非難イデオロギー，利他主義，代理苦理論，互酬性

## は じ め に

本稿は、人が病気になる（あるいは人が障害を持つ）という事象について、それが、当該の病者（あるいは障害者）が所属する社会的集団との関係というマクロの視点ではどのような意味をもつか、について考察する。つまり、集団的レベルから、ある病気に罹った者とそうでない者、あるいは、障害があるものとそうでないものとの関係性について医療社会学的に再検討する<sup>(1)</sup>。

近代西洋医学（以下、医学）の理論では、とくに公衆衛生学のそれでは疾病というのは集団的観点から理解するのが常であるが、臨床医学の現場では患者（あるいは障害者）を個人的

原子論的に捉えている。そのため、ある《病者》<sup>(2)</sup>とある健常者の関係は相互に独立しており、感染症などを除くほとんどの場合、両者は無関係と見なされる。本稿では、全体を通してこれに対し、両者は常に関係があるという観点、すなわち筆者の言う「類的病者論」を提示する。そして、その基本理念となる「代理苦理論」と、従来の原子論的「病者論」の基本理念となる「犠牲者非難イデオロギー」すなわち「個人責任論」とを対比し、《病者》とそれに対する人々の新たなアプローチの可能性について言及する。

臨床医学（現代医療）では、病院やクリニックの外來で、個としての《病者》は、個としての医師と1対1に対応している。すなわち、一人の《病者》にとって、病気（ないしは障害）は個人的な出来事として経過する。他方、医師も一個人として《病者》の前に出現する。医師が《病者》に対して診察して行なう意味づけ（診断・治療法などの裁量）は、その医師がそれまで獲得した知識や技量に基づいているとみなすのが通念である。しかるに、その知識や技量の源泉は何かと考えると、実は、その医師の背景にある医学界の見解であり、それまでに経験的に得られた医学知識の体系等である。これら、言うまでもなく、集団的知見なのである。

例えば、ある《病者》を糖尿病と診断するには、その人の血糖値が高いことを示さなければならない。それには血液検査を行ない、その人の血糖値が「標準の血糖値の範囲」を超えていなければならない。その標準値は集団的レベル（集団の調査）から決められたものである。すなわち、医師がやることは、その《病者》を集団の標準（正常）範囲内かどうか分類することである。《病者》は、その集団内の平均（正常範囲）からの逸脱とされているからである。

従って、本稿では、医師－患者関係のようなミクロのレベルではなく、《病者》と健常者集団といったマクロのレベルの視点を中心に議論する。後に詳述するが、この議論を「類的病者論」と呼ぶ時には、ある集団内で《病者》の下位集団と健常者の下位集団は、集合論的には相互に表裏の関係にあるという含意がある。しかも、「代理苦理論」では、前者は後者に対して「利他的な」社会的機能を果たしているという前提に基づいている。

また、近年、社会福祉や遺伝学などの分野では、個人主義に模した原子論的に「病気」や「障害」も個性の一つであるという言い方が普及しつつある。人間存在を個人レベル（ミクロレベル）で捉えるならば、個々人は、このように独立した個性の変奏（バリエーション）に他ならないので、どのような個人も平等に尊重するヒューマニスティックな医療的介入が正当化される。しかし、この場合でも、医療的介入を施すのは、一般に、健常者であり、《病者》側は庇護すべき存在という非対称な位置にとどまる。代理苦理論は、その対称化（水平化）をはかるための一つの仮説である。

こうした論稿全体のプロットを元に、本稿の第Ⅰ節では、医学の原理が、集団的レベルに基づいて《病者》かどうかを判定するシステムの特性について議論し、第Ⅱ節では、《病者》を集団とは無関係な個別的視点から見る医療思想の立場の代表例として「犠牲者非難イデオロギー - victim blaming ideology」を採り上げる。この医療社会的用語は、元来、ある人が生活

習慣病に罹ったのはその人のライフスタイルが不摂生だったからだとして患者本人に病気の責任を求めるような考え方をいう。本稿では、それをさらに広義に解釈し、病気や障害全般において、社会が《病者》に対していただく否定的イメージの総体を含むものとする。ついで第Ⅲ節では、「犠牲者非難イデオロギー」に対峙する理論（対抗イデオロギー）の例として利他主義的な代理苦理論を展開する。最終節では、代理苦理論における《病者》と健常者間での互酬性について考察する。

## I. 医学・医療における《病者》と健常者の仕分け方の問題系

### 1. 診断という行為

D・ランツェラートは、病気に対する 2 つの解釈の存在を提示する。次の「病気の自然主義的解釈」と「病気の文化社会的価値概念からの解釈」である（ランツェラート：2007）。

自然主義的な病気の解釈では、病気の評価には文化を超えて広範な部分で一致が見られる点を重視する。こうした一致は「人間という種の自然本性 [nature]<sup>(3)</sup>」のなかにあって、そのかぎりですべての人間に等しく妥当し、生物学的な機能不全である病気 (disease) は人間の自然のうちに読みとることができる」という観点から出発する。この生物医学<sup>(4)</sup>モデルないしは生物統計学モデルの内実は、「価値から自由な理論的仮定」であり、生命の物理化学的機能や統計学的標準によって特徴づけられる。

一方、病気は文化社会的価値概念だという解釈は、「自然はいかなる基準ないし規準を定めるものではない」という観点から出発する。むしろ、病気や健康といった概念は、身体的精神的なもろもろの状態についての文化社会的価値判断を暗黙のうちに含みながら病気や健康 [the reality] を構築する。いわば、病気概念 [及び健康概念] は、社会的な行動分野における慣習的な取り決めということになる。そして、自然主義派が指摘する文化を超えた極めて広範な病気の一致に関しても、そのことで文化社会的な価値判断がないことが証明されるのではなく「この事態はむしろ慣習的な取り決めと規準が広く普及していることに起因する」と解釈している。

医学を自然科学と見なす考え方は、自然主義的な前者の価値中立性に与するであろうが、次に示すように価値中立的とは言えない側面も大きい。

生物医学では、臨床の血液検査では、統計上、正規分布による正常値が基準の値<sup>(5)</sup>として採用され、通常は集団の内、20 人に 1 人 (5% 以内) が逸脱値と見なされてきた。しかし、20 世紀後半に至るまでは、21 世紀の今日と違い、必ずしも数値だけで異常と判定するわけではなかった。当人の臨床症状などを加味して総合的に判断することが多かったからだ。しかし、今日では、逸脱値だけで異常 (病的) と診断される傾向が強い (特に、日本では「生活習慣病」や「メタボリック・シンドローム」などでは特徴的な症状がないが、リスクを減らすの

はよいことだという価値観のもと、ほぼ数値だけで診断されることになる）。こうした傾向を観ると、医学における数値は、物理・化学のような自然科学と違い、その国と地域の文化社会的価値観によって意味づけられていることがみてとれる<sup>(6)</sup>。

こうして自然主義的な病気の解釈としての生物医学による場合も、正常群と異常群は、人間集団という自然界にアプリアリに存在する2群ではなく、実際は、医学を支える価値観に基づいて文化社会的に見出だされることになる<sup>(6)</sup>。

一方、臨床的には記述的に正常と異常を判断するもある。例えば、その集団内で「習慣的でもっともよく遭遇しかつ損傷を起こさない無害な性質・形状」を正常としたり、また、遺伝学上では「生存や生殖に適している状態」を正常とみなしたりする。さらに、久道茂<sup>(7)</sup>は、異常の規範についても健康（正常）の負の転帰として「死」「病気」「不快」「不満」「貧困」などの記述的項目〔文化社会的価値観〕を、われわれ人間が避けたいもの、改善（治療）したいものとして挙げている（久道：1990）。

このいずれの場合も、医療的診断とは、基本的にマクロのレベルで、ある性状・形質・状況を、あるいはそれに基づいた病名という価値観をマーカーとして正常群と異常群とを分別していることに他ならない。正常と異常とは、人間集団を分別しようとする文化社会的レンズとしての「医学の眼差し」の反映なのである。このように「診断」とは、言い換えると、苦悩をもつ人間を医学的見地から見て「正常」か「異常」かに二分していることを意味する。個人は「正常」とみなされれば、正常の人間集団に帰属することになり、「異常」とみなされれば病的人間の集団に帰属することになる（《病者》は、その証として何らかの「病名」が付与され、〇〇病の患者となる）。

## 2. 治療の方法

治療とは、ミクロのレベルでは、診断に対応した既存の（時に、実験的な）治療法に基づいて医師によって《病者》に行われる行為である。これを集団的なマクロのレベルで見ると、ある病気に関して異常の集団に帰属させた《病者》を再び、正常の集団に復帰させようとする営為である。この営みは必ずしも成功するとは限らず、帰結は次の二通りに分かれる。

(A) 治療が成功し治癒に至れば、《病者》は「異常・逸脱」の集団の一員から「正常」集団の一員に復帰する（治療が部分的に成功し症状が改善しつつある場合も同様）。

(B) 治療に失敗し<sup>(8)</sup>、症状が不変のままか増悪する場合、そもそも治療法がない場合、患者は「正常」集団の一員に復帰することはできず、《病者》という「異常」の集団に留まったままとなる。治療が成功するまで《病者》というラベルがはがされることはない。

(B) における《病者》は、このラベルにもとづいて文化社会的側面でも迫害され疎外される存在ともなりうる。例えば20世紀、「らい予防法」（1996年廃止）の下では、ハンセン病

予防・根絶の大義名分のもとに《病者》は市民社会から90年余にわたり隔離されてきた。また、胎児の治療は未発達であり、生後も染色体や遺伝子の異常はほとんど治療対象外であるために、現時点では出生前診断は、胎児の異常を見つけて人間集団からの排除（人工妊娠中絶）するために行なわれることが少なくない。

このような治療（対処法）の背景には「担体思想」というべき考え方がある。一般に、医学では、感染症や遺伝病の場合、病気の原因となる「病原因子（病原体・遺伝子など）」を持つが発病していない存在はキャリア（保菌者・保因者）と呼ばれている。本稿では、それに発病した《病者》も含めて「担体」（広義のキャリア）と呼ぶことにする。さて、治療が成功して担体の病原因子が排除・殲滅されれば、治療様式（A）と同等となる。一方、病原因子が排除されない場合は治療様式（B）となる。後者の場合、さらに治療を進攻するためには、担体としての《病者》自体を隔離（ハンセン病患者など）したり、排除（ダウン症と診断された胎児など）したりする方向に進む。その大義名分が社会防衛<sup>(9)</sup>である場合、こうしたイデオロギーを「担体思想」と呼ぶことにする。この思想は、次節の「犠牲者非難イデオロギー」の変奏の一つないしはそれに通底するものなのである。

## Ⅱ. 犠牲者非難イデオロギーという名の個人責任論

### 1. 個人としての《病者》

一般に、病気になる（障害を負う）ということが《病者》個人の領域に限定されたものとされるのは、今日でも同じである。とくに医学の通念では、病気の原因はもっぱら個人単位で捉えられている。「生活習慣病」（高血圧、糖尿病等々）すらも、多因子遺伝病と捉えることで遺伝子変異（異常）を発病前に発見し、行動変容を行なうことで予防できるかのような考え方すらある。こうすると遺伝病ですら、将来的には自己責任を問われかねないことになる。

的場智子は、こうした「病者責任論」に対して批判的に言及している。すなわち、健康な人が、病気になるのは、ほとんどの場合個人の不摂生や悪い生活習慣に原因があるとされやすい。例えば、暴飲暴食、服薬、夜更かし、乱行、スピード運転、喫煙などの悪い習慣を改めて、健康的なライフスタイルを取ることを勧める見方である。的場は、こうした見解は「医療社会学でいう」「犠牲者非難イデオロギー victim blaming ideology」だとし、タバコ産業やアルコールを製造する企業といった社会的組織に対して人々が行動する能力を無視したものだとしている（的場：1999年）。

また、行政（例えば厚生労働省）も、排気ガスや大気汚染、あるいは食品添加物をもたらす企業に厳しい規制をかけるよりも、「禁煙」や「ダイエット」といった個人単位で規制でき、しかも責任も問いやすい施策をとりやすいと言えよう。その象徴が、健康増進法である。その第2条は「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、

自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」とあり、その見出しは「国民の責務」である（健康増進法：2002）。文字通り解釈すれば、病気になるのは個人の責任であり、ここにも犠牲者非難イデオロギーが現れている。

さらに本稿では、この犠牲者非難イデオロギーを、発病の「責任」や「原因」が病者個人にあるとされる場合だけでなく、さらに広い意味に展開したい。本人に「喫煙などの発病の責任」が想定しにくく、原因が遺伝的あるいは文化社会的環境によるもの、さらには、原因不明だとしても、病気に罹った結果として《病者》本人が被る身体的・精神的・社会的な負担および不利益は、その個人が全面的に引き受けざるを得ないものとする従来の慣習にまで拡張する。こうした個人単位の病気観を広義の「犠牲者非難イデオロギー」と呼ぶことにする。

例えば、性感染によるエイズで、その《病者》個人に因果応報的なまなざしが向けられるのは狭義の犠牲者非難イデオロギーであるが、いわゆる「薬害エイズ」のように HIV に汚染された輸血が直接の原因だとしても、感染した個人は、周囲にそのことを知られることで差別などの不利益を受けてしまう。こういう場合が広義の犠牲者非難イデオロギーなのである。さらに、認知症の《病者》が線路に迷い込んで電車にはねられた場合、その原因が家族の過失と見なされることがあるが、この場合も、鉄道会社の側は不問にされやすく、もっぱら、《病者》と家族は一つのユニットと見なされるためであり、これも広義の犠牲者非難イデオロギーの徴候である。

このように、常識的な通念からみた病気観は、ほとんどの場合、罹病による負担や不利益を《病者》本人や家族がユニットとして運命的に引き受けなければならないとするような慣習に支配されている。今日の《病者》は、大多数が狭義であれ広義であれ、犠牲者非難イデオロギーという名の個人責任論の対象となりうる立場におかれていると言えよう。

## 2. 犠牲者非難のまなざし

犠牲者非難のまなざしは、古来、慢性病の《病者》や身体障害者に向けられてきた。例えば、立川昭二によれば、（以前、癩病と称された）ハンセン病は、モーセの戒律にあるように「あらゆる疾病の中で、社会的制裁がくわえられた最初のもの」であり、ハンセン病者は、歴史的に差別と偏見の対象とされてきた典型例である（立川：2007）。ハンセン病は、1873年にらい菌が発見され、感染症という認識が広まる以前は、宗教上の穢れや前世からの業、あるいは遺伝が原因とされていた。しかし、医学上、「伝染病」であることが確定されてからも差別と偏見はなくならなかった。伝染するという新たな知見<sup>(10)</sup>によって、むしろ、この病気にはそれまでの原因論に加えて、伝染病であり「うつる」という「恐怖のまなざし」が加味された。今日、感染症（伝染病）は、いわゆる「生活習慣病」とは違い、「個人責任論」で追及される慣習は少なくなってきたが、2009年の「新型インフルエンザ」騒動でも、海外に修学旅行に行った高校生たちに偏見による犠牲者非難が行われたように、この担体思想という慣習は

不滅と言えよう。ここで言う担体思想とは、先述したように、病気に感染した人間は、それが不顕性感染（未発症）か顕性感染（発病）かを問わず、病気（病原体）と一体化した存在（担体）とみなし、しばしばその人間存在を含めて忌避しようとするイデオロギーのことである。

さらに、20 世紀では、初期の衛生学の見解によって、「伝染病であれば隔離が有効で、隔離された者の生命は保障されないが、残りの社会は救われる」とする「社会防衛論」が主流となり、「ハンセン病は伝染する病なので、隔離をすれば社会は安全」といった、[今日でも] 何のエビデンスもない短絡的な公式を導くことになった（牧野：1997）。

古今東西、《病者》や障害者は、犠牲者非難の対象となりうる存在であったと言えよう。そうした状況は仏教思想にもあり、ユートピア（理想国）の思想<sup>(11)</sup>にも現れている。ユートピアでは《病者》の苦痛よりも、《病者》が「人間としての義務を果たせないこと」「不治の病が生き恥であること」「他人にとって、したがって社会にとって大きな負担であること」が問題視されている。このように《病者》を犠牲者非難の対象とする一つの要因は、社会に迷惑をかける厄介者・邪魔者と見なされてきたことによる。

村上國男は、ある病気が差別と偏見の対象となりやすい「条件」として、遺伝病、がん、難病、伝染病、外見・形相の変化、異臭、肢体不自由、知的障害、麻薬中毒、白子などを挙げている。ハンセン病患者もこうした「差別や偏見を受けやすい条件を備えていた」とする（村上：1997）。これらの項目は、《病者》にとって苦痛・苦悩であり、そこから解放されるべきステイグマであるにも関わらず、逆に人々は偏見と差別の理由にしてしまう。だが、これらの項目は《病者》にもとからある所与の特徴ではなく見る側の「恐怖のまなざし」によって構成された象徴・メルクマールに他ならない。これが犠牲者非難イデオロギーのメカニズムなのである。

### Ⅲ. 模索としての代理苦理論

#### 1. 身代わり地蔵と利他主義

前節で述べた犠牲者非難イデオロギーに象徴される自己責任論に対抗する理論が何かあるだろうか？ そう考えたとき、まず浮かぶのは、従来の人道主義であり、あるいは社会主義的な福祉政策の理論であろう。しかし、これらの思想も、イングランドの救貧法 **Poor Laws** に遡及するような富者（強者）が貧者（弱者）を救済するという構図に基づいており、《病者》は救うべき対象として救済者の下位に位置づけられることになる。これでは、自己責任論を超えているとはいえ、自己責任を帳消しにしたことにはならない。

だが、同じような救済活動を行なう仏教者の自利利他の思想は、そういった救済的行為が自己にとっての修行としても位置づけられる点で従来の人道主義と質的に違っていると言えよう。ここには（医療者・介護者・支援者など）ケア・テイカーの意識変容がみてとれる。そこ

で筆者が注目したのは《病者》に対する仏教的意識変容である。例えば、大下大圓によれば、平安時代には「病者、貧窮者は、われわれ健常者がとうていできない苦悩を代わって受けてくれるという代理苦救済の思想は日本人の心情に訴え、多くの慈善活動を生み出す背景になった」という（大下：2005）。

代理苦は代受苦ともいう仏教思想である。仏教では、他者を利し、生きとし生きるもの一切の衆生を救う行為を「利他行」とか「利行」とよぶ（中村：1981）。これは「身代わり地蔵」といった、さらに後世の民話などで親しまれてきたコンセプトの原型でもある。地蔵は、地蔵菩薩ともいい、菩薩 bodhisattva の一尊である。菩薩とは、筆者の理解では、お寺の中にじっと鎮座して鑑賞の対象となっているフィギュアなどではなく、自らは成仏（自己成就）可能な段階にありながら、成仏せずさらに、衆生を救うために現世で活躍している活き仏を指す。この代理苦という言葉も、仏教でいう、他人に代わって苦しみを引き受ける「代受苦」に基づくものである。

従って、身代わり地蔵は、例えば自分の苦を代わって受けてくれるようにという《病者》の願い事を叶えてくれる超越的存在として位置づけられているのではない。むしろ、《病者》こそが「身代わり地蔵」だという意味である。これは「ある行動・状態を演ずる行為者が、それ自体では自己を犠牲にするのだが、その結果として、それが共同体の成員を何らかの点で有利にすること」という意味で一種の利他的行為とみなすことができる。

《病者》が健常者の身代わりになっているという仏教的理論は、犠牲者非難イデオロギーにおける健常者と《病者》の関係が逆転することになる。この理論では、異常とされた群の成員すなわち《病者》は、正常とされた群の成員すなわち「健常者」が負うことになるかもしれない。病気や障害という負荷を代わりに背負っている集団と見なす立場が成立しうる。その意味でこの立場は、《病者》に対する犠牲者非難イデオロギーの対抗理論（の一つ）になりうる。本稿では、これを「代理苦理論」と呼ぶことにする。

## 2. 自然主義的にみた代理苦理論

第Ⅰ節で、自然主義的な病気の解釈について述べたが、ここでも、同様のアプローチで「病気の発生頻度」について見ておこう。ある集団（正常群＋異常群）から分別される異常群についての代表的な統計的数値（罹患率 [1年間など或る一定期間の発症率／人口 10 万対]、有病率 [ある一時点における病気の人の割合%]、死亡率などで示される）を見ておこう。次に挙げたように多くの疾患では、ある一定集団全体の中で異常とされる群の占める割合が、ある一定期間に限ってみれば、ほぼ一定の傾向を示しているように思われる。

例えば、日本人の集団では（一時点での断面）であるが、血友病なら発症率は 10 万人に 7.4 人、大腸ポリープなら 1 万人に 0.57 人、ドゥシャンヌ型筋ジストロフィーなら 1 万人に 4～5 人、染色体異常のトリソミー 18 では 1 万人に 1 人であった（厚生省保健医療局：



1999) (厚生統計協会：1999)。また、悪性新生物（腫瘍）なら 1 万人に 28.3 人（厚生統計協会：1999、及び、厚生労働統計協会：2012）などで、ほぼ一定の比率で生じている。また、性別・主要因別にみた年齢調整死亡率も、数年の単位では、それぞれの病気の死亡率がほぼ一定の比率で推移しているようだ（厚生労働統計協会：2012）。

医学上の診断に基づいて実際に分類された、これらの数字は、《病者》の集団と母集団（異常群＋正常群）との間に、ほぼ一定の関係があることを現象的に示唆している。むしろ、こういう統計結果は、そのまま実社会（自然界）で病気の分布の比率が一定に推移することの実証ではない。かといって、《病者》と母集団との関係が、無関係でアト・ランダムであれば、こうした一定期間の比率の近似性も生じないはずである。

こうした近似性（類似性）の原因は、おそらく、その分類を導くマーカーに着目した医学の眼が形成する意味づけ（診断という分類法）によるものと思われる。第 I 節でみたように、病気や健康といった概念は文化社会的価値観に基づいた構築物である。自然主義的な統計結果が広範な病気の比率の類似性を見せたのは、医学という文化社会的な価値体系が普遍化している証左と見なすことも可能となる。すると、《病者》集団は、医学によって恣意的ないしは文化社会的に切断された母集団の一方ということになる。すなわち、《病者》と健常者の集団は、ある疾患（障害）というまなざしで分断された表裏の関係に置かれていることになる。

### 3. 病気をもつ「利他性」の意味

表裏の関係にある《病者》と健常者の関係について、ダウン症を例に解釈すると、本邦においては 1000 人生まれた赤ん坊の内、平均 1 人がダウン症と診断されることは統計的に避けたい状況にある。この時、ある 1 人がダウン症になると、他の残りの 999 人はダウン症から免れうることになる。産婦人科医で臨床遺伝専門医の平原史樹も、産科婦人科学会の第 68 回学術講演会の招待講演「産婦人科領域における遺伝医学と遺伝診療」の中で、先天異常児は 3～5% 生まれるが自然の摂理による多様性の中では、患児と健常児の誕生は同じ事象なのだという点を強調している（平原：2016）。つまり、両者が同じ事象であるということは、この 1 人のダウン症児は（むしろ自らの意志ではなく偶然そう配置されたためだし、ダウン症に限ってのことだが）そうではない児に対して、結果的に利他的行為を行なったことになる。代理苦理論を用いることで、こうした病気の利他主義的解釈が可能になる。

第 II 節で見た犠牲者非難イデオロギーでは、健常者群が《病者》群に依存している代理苦理論を無視したところで成立すると言える。また、《病者》に同情を寄せ救うべしとし、通念上、犠牲者非難とは反対の位置にあると見なされる人道的博愛主義的な《病者》観も、正常群と異常群との関係性を等閑視する限り、従来どおり犠牲者非難イデオロギーの存在を許すことになる。

#### 4. 利他行為を受ける健康者側の「負い目」

代理苦理論が、犠牲者非難イデオロギーに対抗する医療思想であると主張することは、次のようなことを意味している。犠牲者非難が展開される従来の社会では、《病者》はしばしば「労働力を欠如した社会のお荷物」と規定されている。

それに対して、朴光駿は、代理苦理論を仏教的な障害者観として位置づけている。そして、ダウン症でない人々が代理苦の思想を受け入れるなら「自分たちはダウン症の障害者に対してある種の借りを作っていて、何かお返ししなければならない」と認識することになろうと指摘する。また、社会福祉の受給者を社会の荷物とみなすことは、現代社会においてもしばしばみられるが、これは貧困などの社会問題に対する社会の責任を認めず、その問題の犠牲者にその責任があるという考え方なのだと指摘している（朴：2012）。

代理苦理論では、《病者》や障害者は、その存在自体が、代理苦（利他行）によって、すでに健常者群を支えるという役割を果たしていると見なす。この点で健常者には《病者》に対する負債（恩義）というものが生じてくる。したがって、健常者は、例えば《病者》の治療や生活支援等によってその借りを返済すべきものとなる。このことは、《病者》に対して健常者が手を差し伸べるという行為を当然とする倫理的起源として位置付けられることになる。

#### おわりに～利他の互酬的ネットワーク

以上、本稿で述べてきたように、代理苦理論に基づく、病気のもつ「利他性」は、実は《病者》と健常者の間に互酬性に則った相互行為を惹起する性質がある。ある集団（社会）全体からみれば、《病者》と健常者の関係は、病気の数ほど存在していて、ある病気では《病者》であったものが、別の病気に関しては健常者にあたるという関係の交代が日常的に繰り返されている。このように《病者》と健常者は、病気ごとに、その利他的役割を交換しながら、その集団全体（共同体）がかかえる様々な病気や障害にその都度対処して克服していく互酬的ネットワークを形成しているものと考えられる。これは一種の御恩送りと言えよう。御恩返しというと A と B という当事者間だけのできごとだが、A が受けた「御恩」を B だけではなく、C にも D にも E にも多数に送り、また、それを受けたものが、さらにその他の多数に送るという諸関係である。先の代理苦理論とこの互酬的ネットワークが類病的病者論の要となる。

ちなみに、《病者》や障害者の中には代理苦理論が自らの価値を狭めるものと誤解する者もいる。しかし、「正常」と「異常」、《病者》と健常者という分類が、個性などと言うミクロの場面のことでなく、マクロの集団的レベルで規定されているという事態に目を当て、自分たちが御恩送りの一翼を担っていると認識できるなら、そうした誤解も解けることであろう。

言いかえれば、代理苦理論が描き出す地平には、一方的な《病者》とか一方的な健常者など存在しないのである。誰しもが《病者》であり健常者という日常的关系性の認識が重要なので

ある。松嶋健は、イタリアの精神保健のモットーの一つ「近づいてみれば誰一人まともな人はいない (Da vicino nessuno è normale)」をとり挙げ、こうした各島々が独立した特異性を有する多島海の群島のモデルを表現しているとする。「それはノーマライズされた正常人の集団なのではなく特異的例外的な存在である例外者たちが住まう空間である。それは例外状態が常態化した現代においてこそ、あらためて具体化されるべき場であろう。」とする (松嶋：2014)。

「類的病者論」については稿を改めたいが、少なくとも、そこではこうしたノーマライゼーションとともに《アノマライゼーション》もテーマになることに相違はあるまい。

〔注〕

- (1) 本稿は、拙論：「病いの利他性に関する一考察－犠牲者非難イデオロギー対代理苦イデオロギー」(『医学哲学 医学倫理』第 19 号，2001 年，166-178 頁)を再考するものである。
- (2) 本稿では、病者と障害者と同じカテゴリー「victim (日本語訳：犠牲者)」として扱うものとする。しかし、victim の訳語の犠牲者というの意味が拡大しかねないので、便宜上、カッコつきの《病者》という言葉で代用させている。医学的分類で「障害者」や「患者」と区別する必要があるときにはそのように書くことにする。
- (3) [ ] は、筆者注。以下同様。
- (4) 生物医学とは「近代西欧医学において病気の原因やメカニズムを生物学的 (物理学的，化学的) 理論を用いて説明し，それらの知見に基づいた治療法を行うことを生物医学的アプローチ＝バイオメディカル・アプローチ (biomedical approach) と呼び，このような方法を基本とする近代医学そのもの，あるいはその主要概念を生物医学＝バイオメディスン (biomedicine) と呼ぶ。バイオ (bio-) は「生物」や「生体」という意味を表す接頭語で，同じ接頭語を持つ語としては，biology (生物学) や biochemistry (生化学) や biopsy (組織生検) がある。なお，「近代医学＝生物学的的方法」とする立場からは，バイオメディスンは，たんに「医学」と訳されることもある。」(佐藤純一「生物医学」，医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版，1992 年，54-57 頁)
- (5) 正規分布は平均値  $M$  を中心にしたベル型の左右対称の分布曲線で，分布のバラツキの度合いを標準偏差 (SD) で示すと，従来，正常値は平均値の上下で標準偏差の 2 倍以内 ( $[M-2SD$  から  $M+2SD]$  まで) とされてきた。この範囲には集団全体のおよそ 95.4% が入ることになる。基準値の範囲を全体の 95% 以内とすると，理論上 1 回 (1 種類) の検査で「異常」とされる人は 5% だが，検査項目が増えるにつれて増加し，10 回で 40%，20 回で 64%，100 回で 99% の人になんらかの異常値が出ることになる。
- (6) 「生活習慣病」や「メタボリック・シンドローム」の恣意的で観念論的な実像については，下記の拙論を参照されたし。  
 ◇村岡 潔「『生活習慣病』の正体を探る (副題：なぜ生活習慣が病気の元にされたのか)」，井上芳保編著『健康不安と過剰医療の時代 (副題：医療化社会の正体を問う)』長崎出版，2012 年，67-94 頁  
 ◇村岡 潔「予防医学の最高段階としての『先制医療』」，森下直貴編『生命と科学技術の倫理学 (副題：デジタル時代の身体・脳・心・社会)』丸善出版，2016 年，34-56 頁
- (7) 公衆衛生学者の久道茂は，「医学的診断における正常の定義にしても，決定的ではなく，自覚症状のないものの検査値が異常を示したり，有症状であるが異常ではない場合もあるので複雑」だと

し、「正常値」とは「正常の人」について得られた検査値としながらも、正常な人というものが具体的に存在しないということを示唆している。（久道：1990, 19）

- (8) 治療法 **treatment** は、ある病気に対する対処を意味するだけであり、がんに対する「抗がん剤」治療ように、必ずしも、病気が治ること（治癒 **healing**）を保証するものではない。
- (9) 「健康・正常」な社会構成員の生命・財産を守るためには、「危険」とラベルされた（疾患を伝染させたり、犯罪を犯す可能性がある）社会的弱者を犠牲にしてもよいとする主張のこと。この議論の代表に、「精神障害者」を犯罪予備軍と決めつけ予防拘禁・保安処分の対象としている「精神保健法」[精神保健福祉法の前身]がある（美馬達哉「社会防衛論」, 医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版, 1992 年, 130-131 頁）。21 世紀の今日でも、HPV ワクチンの副反応に対して、副反応は極めて少数であり、日本における子宮頸がん撲滅のためには犠牲も止むを得ないとするような医療者の見解も、社会防衛のカテゴリーに入る。
- (10) こうした担体思想によるまなざしは、一般の人々の病気に対する差別偏見などの行動を慣習化することになる。例えば、柄谷行人によれば、徳富蘆花の小説『不如帰』の舞台では、結核が結核菌による伝染病であるという医学的知識が前提されており、この知識こそが[主人公の女性]を離縁させ、彼女と武男を疎隔させる原因となっている。いいかえれば、結核そのものではなく、結核に関する知識が原因なのである（柄谷行人「病という意味」, 『日本近代文学の起源』所収, 講談社, 1980 年, 126-137 頁）。
- (11) トマス・モアの『ユートピア』（1516 年）の一節には、ユートピアでは回復の見込みのある病人には医薬や栄養などは十分に与えられるものとしながらも、「もし、その病気が永久に不治であるばかりでなく、絶えまない猛烈な苦しみを伴うものであれば、司祭と役人とは相談の上、この病人に向って、これ以上生きていても人間としての義務が果せるわけではないし、いたずらに生恥をさらすことは、他人に対して大きな負担をかけるばかりでなく、自分自身にとっても苦痛に違いない、だからいっそのこと思い切ってこの苦しい病気と縁を切ったらどうかと[死を]すすめる」と記述されている（トマス・モア（平井正穂訳）『ユートピア』岩波文庫, 1957 年, 131-132）。

#### 〔引用文献〕

- 大下大圓（2005）：『癒し癒されるスピリチュアルケア（副題：医療・福祉・教育に活かす仏教の心）』医学書院, 84-88 頁
- 久道茂（1990）：『医学診断学入門』, 南江堂, 19-23 頁
- 健康増進法（2002）：<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H14/H14HO103.html>（アクセス日：2010 年 11 月 11 日）
- 厚生省保健医療局（1999）：『生活習慣病のしおり』, 89 頁
- 厚生統計協会（1999）：『厚生の指標・国民衛生の動向』 49 頁, 153 頁
- 厚生労働統計協会（2012）：『厚生の指標・国民衛生の動向』 54 頁, 56 頁
- 立川昭二（2007）：『病気の社会史（副題：文明に探る病因）』岩波書店, 38-62 頁
- 中村元（1981）：『佛教語大辞典』東京書籍, 931 頁, 1409-1410 頁
- 朴光駿（2012）：『ブッダの福祉思想（副題：「仏教的」社会福祉の源流を求めて）』 236-239 頁
- 平原史樹（2016）：「日本産科婦人科学会雑誌」, vol.68, No.2, 347-348 頁
- 牧野正直（1997）：「近代ハンセン病医療史」, 大谷藤郎監修『ハンセン病医学』, 東海大学出版会, 284 頁
- 松嶋健（2014）：『ブシコ・ナウティカ（副題：イタリア精神医療の人類学）』世界思想社, 425-435 頁
- 的場智子（1999）：「病者と患者」, 進藤雄三, 黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 36-37 頁
- 村上國男（1997）：「ハンセン病をとりまく諸問題」, 大谷藤郎監修『ハンセン病医学』, 東海大学出版

会, 300-301

ランツェラート (2007): 「病氣と病人」, 生命環境倫理ドイツ情報センター編 (松田純・小椋宗一郎  
訳) 『エンハンスメント (副題: バイオテクノロジーによる人間改造と倫理)』知泉書館, 116-166  
頁

(むらおか きよし 社会福祉学科)  
2016 年 5 月 2 日受理)